Ueber einen Fall von psychogenen Torticollis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Anton Jlgmeier

approb. Arzt aus Waldkirchen.

München 1904

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

Ueber einen Fall von psychogenen Torticollis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Anton Jlgmeier

approb. Arzt aus Waldkirchen.

München 1904

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

Referent:

Herr Professor Dr. Jos. Ritter v. Bauer.

Gewidmet meiner guten Mutter

in kindlicher Dankbarkeit.

Zuweilen wirft die Umgangssprache Tatsachen durcheinander, die zu sondern Aufgabe der Wissenschaft ist. Umgekehrt hat sie aber auch sehr glückliche Eingebungen und hilft der Gelehrtensprache mit ihrem Wörterschatz aus. Die antiken Sprachen „Latein und Griechisch“ müssen dann zurücktreten, um der Umgangssprache Platz zu machen. So ist auch das Wort „Tic“ im allgemeinen so gut gewählt, dass man sich keine bessere Anpassung einer Vorstellung an ein Wort denken kann. Es schliesst gleichsam eine spezifische Definition in sich; denn man findet es in allen Sprachen.

Ticken (=zucken) Tic im Deutschen; tic, tiqueur, tiquer im Französischen; tugg, tick im Englichen; ticchio im Italienischen; tico im Spanischen lassen alle denselben Stamm erkennen.

Wie bereits erwähnt existierte das Wort „Tic“ schon lange in der Umgangssprache verschiedener Länder, ehe es in den medizinischen Wörterschatz Aufnahme fand. Zuerst hat man es allerdings auf Tiere angewandt. Jean Jourdin beschrieb 1655 den „Tic der Pferde“. Später findet man das Wort in der Literatur des XVIII. Jahrhunderts wieder. Man versteht dort, wie die Encyklopädie berichtet, eine

„gewohnheitsmässige, unangenehme Geste", die bei Individuen mit gewisser Absonderlichkeit des Charakters und Verstandes vorkommt. Schon eine sehr gute Definition gibt der geniale Trousseau. Er beobachtete richtig die objektiven Symptome und übersah eine gewisse psychische Eigenheit im Wesen des Tic-Kranken nicht:

„Der schmerzlose Tic besteht in momentanen, blitzartigen Zuckungen, die sich meist auf eine kleine Anzahl von Muskeln, gewöhnlich die Gesichtsmuskeln beschränken, aber auch den Hals, den Rumpf und die Glieder befallen können. Es hat wohl jeder schon Gelegenheit gehabt, mit diesem Leiden behaftete Menschen zu sehen. Bei dem einen ist es ein Blinzeln der Lider, ein Zucken in den Wangen, den Nasenflügeln, den Lippen, die an Gesichterschneiden erinnern; bei einem anderen ist es ein Nicken mit dem Kopfe, eine plötzliche oft sich wiederholende Drehung des Halses, bei einem Dritten ein Zucken mit der Schulter, eine krampfhafte Bewegung der Bauchmuskeln oder des Zwerchfelles, kurz es ist ein unendlicher Wechsel bizarrer Bewegungen, die jeder Beschreibung spotten. In einigen Fällen sind diese Tics von einem Schrei, einem mehr oder weniger lauten Stimmgeräusch begleitet. Diese sehr charakteristische Kehlkopf- oder Zwerchfellschorea kann den ganzen Tic ausmachen. Auch kommt ein eigentümlicher Hang stets dasselbe Wort, denselben Ausdruck zu wiederholen vor; und der Kranke stösst sogar mit lauter Stimme Worte aus, die er lieber zurückhalten möchte.

Diese Beschreibung Trousseau's hat den Vorzug auf alle Formen zu passen, die leichten und die schweren, die begrenzten und die unbegrenzten. Sie berücksichtigt alle Variationen des Leidens, vom einfachsten Augenlid-Tic bis zur allgemeinen „Maladie des tics convulsifs", wie sie Gilles de la Tourette beschrieb.

Hatte nun Trosseau neben den objektiven Symptomen die psychische Anomalie der Tic-Kranken erkannt, so war Charcot es, der zuerst die Wichtigkeit des psychischen Faktors bei Entstehung eines Tics betonte.

Noch mehr hob die engen Beziehungen zwischen psychischen und motorischen Symptomen der Tics J. Noir (1893) hervor.

Jedoch wie bei vielen Dingen, so verstieg man sich bei Beurteilung der psychischen Anomalie bei Entstehung des Tics ins Ueberschwengliche, sodass schliesslich eine Anzahl von Beobachtern das motorische Phänomen, welches zuerst das Augenmerk der Forscher auf den Tic gelenkt hat, ganz aus dem Auge verloren. So war es möglich eine „Tic-Krankheit ohne Tics" aufzustellen und so konnte man von seelischen, rein psychischen Tics sprechen, die „sich durch kein Symptom äusserlich bekundeten" (Cruchet).

In der neuesten Zeit war es hauptsächlich der geniale Kliniker E. Brissaud und seine Kollegen Meige und Feindl, welche sich mit dem Tic erfolgreich beschäftigten. Ihren langjährigen klinischen

Beobachtungen und eingehenden Studien verdanken wir eine genaue Kenntnis des gesamten, so verschiedenartigen Krankheitsbildes, sowie auch seiner Ursachen, welche sehr schwer zu eruieren sind.

Nächst dem Gesicht ist der Hals die am häufigsten von Tic befallene Körperregion. Die Zuckungen der Halsmuskeln bewirken eine Veränderung der Kopfhaltung, indem sie zu allen möglichen Erschütterungen zu Drehungen, Neigungen oder Bewegungen des Kopfes führen. Es entstehen so klonische und tonische Tics in Gestalt des

Psychogenen Torticollis.

Schon lange kennt man Fälle von andauerndem oder intermittierendem Schiefhals, die zu keiner Läsion von Muskeln, Knochen oder Gelenken des Halses in Beziehung zu stehen scheinen. Jedoch tragen diese von Duchenne, Trousseau und Charcot beschriebenen Fälle ganz verschiedene Namen wie: „Hyperkynese des Accessorius von Willis, „spastischer Torticollis", „rotatorischer Tic". Schliesslich gab Brissaud vor 11 Jahren einer besonderen Art von Halsmuskelkontraktionen, wobei die Beteiligung der Psyche den Schluss erlaubte, dass es sich um einen Tic handelt, den Namen „psychogener Torticollis".

Der „psychogene Torticollis" ist in der Tat ein Tic; ein Tic, den der Kranke meist durch eine selbst ersonnene Prozedur verbessern kann. Er hat seine Existenzberechtigung in einer psychischen Unvollkommenheit der Erkrankten. Man findet bei ihnen

die nämlichen geistigen Defekte wieder, wie sie dem Tic-Kranken eigen sind, von der einfachen inneren Gleichgewichtsstörung bis zu den schwersten psychischen Störungen.

Die motorische Reaktion dieses Tics besteht in einer Halsbewegung oder Haltung, die sich über längere oder kürzere Zeit erstreckt. Die unzweckmässige Wiederholung dieser Kopfdrehung kann als Funktionsstörung betrachtet werden. Die Funktion, den Kopf zu drehen, vollzieht sich zu stark und zu schnell, wird im Uebermass wiederholt und geht vor allem zur Unzeit vor sich. Man kann sich daraus leicht erklären, dass aus einer Funktion bei einem zu Tic disponiertem Individuum ein solcher entstehen kann, zumal wenn man bedenkt, dass der Betätigung mancher Funktionen ein gewisses Bedürfnis vorausgeht und hierauf eine Befriedigung folgt. Bei verschiedenen Funktionen wird ein gewisser Rhythmus innegehalten. Diesen Automatismus können normale Menschen durch ihren Willen regulieren. Werden jedoch diese Bewegungen nach Zeit und Mass unregelmässig, verliert der Wille die Steuerung, dann ist aus der Funktion ein Tic geworden und in dieser Willensschwäche finden wir den zur Erklärung des Falles psychischen Defekt.

Brissaud nennt den Tic „eine krankhafte Gewohnheit", man könnte vielleicht hinzusetzen: „gekennzeichnet durch eine Anomalie in der Wiederholung des gewohnheitsmässigen Vorganges". Mit einer schlechten Gewohnheit, öfters auch durch Nachahmung einer

solchen, beginnt bisweilen ein Tic, wenn auch ich das hauptsächlichste Moment bei Entstehung eines Tics in einer Disposition, resp. hereditären Belastung suchen möchte. Einige Fälle haben gelehrt, dass man den chronischen Alkoholmissbrauch als Ursache ansprechen darf. Hiebei tritt jedenfalls primär eine Schädigung der Willenskraft ein und dann kann ja leicht ein Tic entstehen. Wie schon erwähnt gelingt es sehr häufig, einen psychogenen Torticollis auf eine unzweckmässige Wiederholung einer ursprünglich absichtlichen, zweckmässigen Bewegung zurückzuführen. Die schwache Willenskraft des prädisponierten Torticolliskandidaten vermag nicht gegen diese schlechte Gewohnheit anzukämpfen, die bald tyrannisch und zum echten Tic wird, der bei jeder Veranlassung und ohne jede Veranlassung auftritt.

Da sich sehr viele Muskel an der Drehung des Kopfes beteiligen können, so gibt es zahlreiche Formen von psychogenem Torticollis.

Die einfachste Bewegung besteht in einer einfachen Rotation des Kopfes, wie beim Blick auf die Seite. Der Kopf kann sich auch auf die Schulter neigen, oder er kann zu gleicher Zeit gedreht und geneigt sein, nach ein und derselben Seite hin oder nach verschiedenen.

Alle Halsmuskel können sich beim psychogenen Torticollis kontrahieren. Der Kranke benützt bald diese, bald jene; denn bekanntlich treten hier die Muskel, oberflächliche wie tiefe, vielfach für einander

ein. Bestimmte Muskel sind jedoch besonders häufig befallen und zwar in erster Linie der musc. sternocleidomastoideus. Zuweilen ist er allein affiziert, öfters jedoch sind andere Muskel noch in Mitleidenschaft gezogen, meist die musc. cuccularis, splenius und die obliqui. Bei vielen Kranken neigt sich der Kopf auf die eine Seite und dreht sich zugleich nach der andern. Das ist die Wirkung einer einseitigen Sternocleidomastoideus-Kontraktion. Der Splenius neigt den Kopf nach hinten und dreht den Kopf etwas nach der Seite des kontrahierten Muskels. Der Obliquus inferior führt eine reine Drehung des Kopfes aus ohne ihn zu beugen. Wenn der Sternocleido und der Cuccullaris derselben Seite sich zugleich kontrahieren, so ist die Drehung des Halses ausserordentlich deutlich und ausgesprochen. Es bilden sich dann oft tiefe Falten auf der Haut des Nackens. Dies ist z. B. sehr deutlich aus Fig. 1 des beigefügten Falles zu ersehen.

Doch will ich gleich hier erwähnen, dass zwar eine grosse Anzahl der konvulsiven Bewegungen der Muskel des Halses dem psychogenen Torticollis angehören, dass aber auch sicher andere Ursachen zu Konvulsionen in den Muskeln führen können. Ausser Läsionen von Muskeln, Gelenken und Knochen können Affektionen des Nervensystems einen krampfhaften Torticollis zur Folge haben. Es handelt sich dann um wirkliche Halskrämpfe, nicht um Tics. Es ist vielleicht hier der Platz, einiges über den Unterschied zwischen Tic und Krampf zu erwähnen. Beide hat Brissaud in Folgendem ganz präzise getrennt:

„Wenn an einer motorischen Reaktion die Hirnrinde nicht beteiligt ist, so werden wir sagen: es ist kein Tic. Und wenn diese Reaktion die Folge einer pathologischen Reizwirkung an irgend einer Stelle des bulbär-spinalen Reflexbogens ist, so fügen wir hinzu: es ist ein Krampf.

Wenn an einer motorischen Reaktion die Hirnrinde beteiligt ist, so sagen wir: es ist kein Krampf. Und wenn dieses motorische Phänomen, bei dem man die Beteiligung der Hirnrinde erkennt, ausserdem noch ganz bestimmte pathologische Merkmale zeigt, so fügen wir hinzu: es ist ein Tic.“

Ferner dürften Folgendes differentialdiagnostisch von Interesse sein:

Die Zuckung beim Krampf ist ausserordentlich kurz und erinnert an die Muskelkontraktion, die man durch Reizung mit dem elektrischen Strom erhält.

Die Bewegungen haben nichts Koordiniertes und erinnern nicht an die systematischen Bewegungen der Funktionsvorgänge. Sie befallen ein anatomisch abgegrenztes Nervengebiet.

Weder Anspannung des Willens oder der Aufmerksamkeit, noch Ablenkung oder Erregung, welche alle die motorische Reaktion des Tic beeinflussen, haben auf den Krampf irgend eine Wirkung.

Es geht den Krampfbewegungen kein Bedürfnis voraus, noch folgt ihnen eine Befriedigung nach, wie dies bei den meisten Tics der Fall ist. Zuweilen sind diese Kontraktionen von lebhaften Schmerzen begleitet.

Das psychische Verhalten weist nicht die Anomalie auf, so man bei den Tic-Kranken beobachtet.

Ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel gibt uns schliesslich der Schlaf an die Hand. Halten die Zuckungen während des Schlafes an, so kann man mit Sicherheit von einem Krampf sprechen. Der Tic verschwindet während des Schlafes.

Eine Steigerung der Sehnenreflexe im kranken Gliede, Fehlen des Patellarreflexes derselben Seite, Steigerung der mechanischen Erregbarkeit, schliesslich ein Fortbestehen der Zuckung im Schlafe: alle diese Symptome lassen eine organische und nicht eine funktionelle Läsion vermuten und berechtigen zu der Diagnose: Krampf.

Doch nun wieder zurück zum psychogenen Torticollis. Ich habe oben schon dargelegt, wie vielseitig und verschiedene Formen er annehmen kann. Nichtsdestoweniger finden wir in jedem einzelnen Fall alle Eigenschaften eines Tic.

Wenn die Muskelkontraktionen einmal plötzlich nachgelassen, so bleibt vom Torticollis nichts mehr übrig. Er verschwindet ohne irgend welche Spuren zu hinterlassen, um im nächsten Moment wiederzukehren. Ja noch mehr: die Kranken können in fast allen Fällen ihren Torticollis sofort vollständig verschwinden lassen durch ein selbst erfundenes Hilfsmittel. Mag der Kopf noch so schrecklich verdreht sein — sobald der Patient die korrigierende Prozedur anwendet, ist er meist im Stande ihn gerade zu richten. Der-

artige Hilfsmittel nennt man „wirksame antagonistische Bewegungen."

Z. B. Ein Kranker, dessen Kopf unwiderstehlich nach rechts gedreht ist, richtet ihn sofort gerade, wenn er seinen Zeigefinger unter das Kinn legt, und der Kopf bleibt in der richtigen Stellung, solange der Zeigefinger das Kinn unterstützt, um sich sofort aufs neue nach rechts zu drehen, wenn der Finger zurückgezogen wird.

Wenn der Patient ruhig, allein und ausgeruht ist, so sind die Muskelkontraktionen viel weniger häufig und stark. Sie können sogar ganz fehlen. Wenn er dagegen ermüdet, verwirrt, erregt ist, so steigert sich sein Leiden. Im allgemeinen kann man wohl behaupten, dass jede Erregung imstande ist, die Muskelkontraktion hervorzubringen oder zu steigern. Im Schlaf dagegen tritt der Torticollis niemals auf. Eine lange, kräftige Nachtruhe bewirkt oft, dass der Kranke nach dem Erwachen Minuten, ja Viertelstunden lang keine Lust zu einem Tic verspürt.

Ein sehr wertvolles Beruhigungsmittel für den psychogenen Torticollis ist die Ablenkung. So erzählt Meige von einem Kranken, der den ganzen Tag von seinem Tic geplagt war. Er drehte den Kopf immer stärker und stärker, als ob er seinen Rücken besehen wollte. Abends ging er ins Theater und blieb dort stundenlange heiter und lachend, ohne nur die geringste Drehbewegung auszuführen.

Fall:

Bl. J., 36 J. alt, Maschinenarbeiter, im Krankenhaus vom 21. II. bis 30. IV. 1904. Gebessert entlassen.

Anamnese: Patient gibt an, seit zwei Jahren häufig an Schwindelanfällen zu leiden, welche seit Dezember letzten Jahres mehr zurückgetreten sind. Dagegen bestünde seitdem häufig Stirnkopfschmerz, Ohrensausen, Angstzustände meistens nachts, und eine krampfhafte Bewegung des Kopfes, die er zum erstenmal am 4. Dezember vorigen Jahres deutlich feststellen konnte. Letztere stellt sich in kurzen Zwischenräumen ein, zwingt den Kopf sich nach rechts hinten überzubeugen, konnte anfänglich noch leicht unterdrückt werden, später mit Zuhilfenahme der Hand. Es kommt dem Patienten vor, als ob zeitweise auf die linke Gesichtshälfte ein Druck nach rechts und hinten ausgeübt würde, welcher den Kopf zu dieser Stellung zwingt; jedoch verliert sich das oft ganz von selbst, zumal wenn Patient angesprochen wird oder seine Anfmerksamkeit auf etwas lenkt. Vom 4. XII. 03 bis 13. I. 04 konnte er täglich den Arzt besuchen, der 30 Minuten entfernt wohnte, wobei er mit Hilfe eines Kissens, das er in den Nacken legte, das Gehen ermöglichte. Als er am 13. I. 04 vom Arzte heimging, fühlte er sich vorübergehend so matt, dass er nur mit Not seine Wohnung noch erreichte. Er legte sich sofort zu Bette. Es traten dann besonders heftige Kopfschmerzen auf, Angstgefühl mit folgen-

dem Schweissausbruch. Am selben Nachmittag stellten sich dann krachende Geräusche im linken Nasenflügel, im linken Ohr und Kiefergelenk ein. Krachen im Nacken konnte er schon früher wahrnehmen ebenso wie ein unbeschreibliches Ziehen im Nacken, etwa seit Mitte November. Seit 13. I. 04 hält Patient die liegende Stellung ein. Bei vollständig ruhiger Haltung treten diese Zwangsbewegungen nur selten, im Schlafe gar nicht auf, mit Ausnahme, wenn er unbewusst seine Lage wechselte; im wachen Zustand dagegen besonders stark bei Erregung und im Streite. Patient kennt auch eine Stellung, in welcher er den Krampf längere Zeit fernhalten kann und hat eine Hilfe, durch die er diesem Zustand in kurzer Zeit ein Ende machen kann. Wenn nämlich durch den Tic der Kopf nach rechts und hinten oder auch in gerader Richtung nach rückwärts gezogen wird, so kann er durch Hebung der linken Schulter und durch Drehung des Kopfes nach links, sodass das Kinn nach links unten zu stehen kommt, den Tic beendigen. Diese Hilfsbewegung hat Patient sich selbst ersonnen und führt er etwa seit 10. II. 04 aus. Schmerzen verspürt er dabei keine. Die Kraft seiner Arme und Beine hat nicht nachgelassen. Stuhl und Urinentleerung gehen ohne jegliche Störung vor sich. Seit sechs Jahren hat Patient links eine Mittelohreiterung, welche er auf eine starke Erkältung zurückführte. Im gleichen Jahre hatte er Blut gespuckt. 1889 hat er beim Militar Influenza durchgemacht. Während seiner Militärzeit hat

er sich Lues und eine Gonorrhoe acquiriert. Vor einem Jahre bekam er einen Ausschlag auf der Stirn, welcher als kleines Knötchen begann und sich über den behaarten Kopf ausdehnte. Er musste eine Schmierkur durchmachen und bekam Jodkali. Patient ist seit fünf Jahren verheiratet, hat ein Kind, gestorben ist keines. Auch hat keine Frühgeburt stattgefunden. Als Kind war Patient einmal totkrank. Er war früher starker Potator, ebenso wie sein Vater. Dieser starb mit 52 Jahre an Lungenphthise, seine Mutter mit 71 Jahren an Altersschwäche. Seine übrigen vier Geschwister sind als Kinder an unbekannter Ursache gestorben.

Eine Ursache für sein jetziges Leiden weiss Patient nicht anzugeben. Jedoch gibt er wohl zu bei der Arbeit den Kopf etwas gehoben und nach rechts verdreht zu haben. Er hatte nämlich in der Fabrik Brandlöcher zu bohren. Das Satzstück vom Zünder war mit gepresstem Pulver gefüllt. Bei der Arbeit kam ihm nun Pulver in die Nase, welches ihn im linken Nasenflügel besonders arg belästigte, da dieser seit einiger Zeit schon recht empfindlich war. Deshalb hob er das Kinn immer höher und neigte den Kopf zur rechten Achsel. Mit Blei hatte Patient nie gearbeitet. Ueber psychische Anomalien in der Familie kann er nichts berichten als dass sein Vater leicht erregt zu Zornausbrüchen geneigt war.

Status präsens: Mittelgrosser, kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Haut und sichtbare

Schleimhäute blass. Fettpolster erhalten, Muskel mässig stark entwickelt. Zunge feucht, nicht belegt; Zähne gut, es fehlen zwei Molaren. Occipital- und Cubitaldrüsen mässig geschwellt. Am Stirnbein eine handtellergrosse von einer unter dem Niveau der Haut liegenden weisslichen Narbe durchsetzte im übrigen gerötete Stelle.

Thorax ist im Tiefendurchmesser bedeutend vergrössert. Angulus Ludovici deutlich ausgeprägt. Schachtelton. Lungenlebergrenze, unterer Rand der VII. Rippe ist verschieblich. Supraklavikulargrube beiderseits eingesunken, links mehr. Ueber der linken Spitze leichte Schallverkürzung; daselbst feuchtes Rasseln. Links, hinten, oben feuchtes fein- bis mittelblasiges Rasseln ohne Schallverkürzung. Lungengrenzen hinten unten XII. Rippe nur wenig verschieblich.

Cor in keinem Durchmesser vergrössert. Spitzenstoss im V. Interkostalraum innerhalb der Mamillarlinie. Töne sehr leise, rein. II. Pulmonalton etwas verstärkt. Puls mittelvoll, nicht beschleunigt, regelmässig. Arterien etwas rigide, leicht geschlängelt.

Abdomen nirgends druckempfindlich, ohne Befund. Leber und Milz nicht vergrössert.

Nervensystem: Patellarreflexe minimal gesteigert. Babinski nicht vorhanden. Die Periost- und Sehnenreflexe der oberen Extremität etwas gesteigert. Die Sensibilität ist nirgends gestört. Hirnnerven ohne Befund. Pupillen sind gleichweit und reagieren prompt. Mechanische Erregbarkeit der Muskel etwas gesteigert.

Augenhintergrund normal. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker.

Psyche: Patient ist über seine Verhältnisse intelligent, klug und trägt dieses Bewusstsein offen zur Schau. Ungemein wissensbegierig und vielseitig liest er viel und bildet sich immer weiter. Seine Briefe sind nach Form, Inhalt und Schrift für Leute seines Standes mustergiltig. Er selbst gibt zu ungemein leicht in Erregung und Zorn zu geraten. Sein Kind erzieht er mit ausgesuchter Sorgfalt. Jede Kleinigkeit wird gerügt und es fehlt auch nicht an körperlichen Züchtigungen. Besonders sieht er auf Ordnung. Wie bei ihm selbst jedes Kleidungsstück seinen bestimmten Platz hat und er nicht schlafen kann, wenn sie nicht auf demselben sich befinden, so leidet seine ganze Familie unter dieser übertriebenen Ordnungsliebe. Aber ebenso ungeordnet finden wir seine Gemütsverfassung und sein Affektleben. Die geringste Veränderung seiner Ordnung bringt ihn aus seiner Ruhe; ein unvorhergesehener Vorfall, ein unerwartetes Wort genügen ihn zu verwirren. Uebertriebene Zärtlichkeit oder unvernünftige Abneigung. Einen Mittelweg kennt er nicht. Bei der ersten Begegnung, und wenn sie nur eine flüchtige ist, fällt er sein Urteil in diesem Sinne sowohl gegen seinesgleichen als auch gegen Höhere. Er äussert plötzlich Wünsche, vorübergehende Launen. Er springt von einer Beschäftigung zur anderen über, unternimmt mancherlei ohne es zu vollenden. Er ist heftig in seiner Ungeduld, lebhaft in

seinem Zorne; aber alles nur von kurzer Dauer. Seine Affekte, wie seine Triebe kennen kein Masshalten. Daraus resultiert eine Gleichgewichtsstörung des Willens, von der die gleiche Störung der motorischen Funktion abhängt. Obwohl ein gewissenhafter und fleissiger Arbeiter hatte er doch immer nach Verlassen der Fabrik das Gefühl, als hätte er seiner Pflicht nicht vollauf genügt, er hätte eigentlich noch mehr arbeiten können. Diese Angst beunruhigte und quälte ihn oft recht.

Als Ergänzung des Status erlaube ich mir am Schlusse vier Bilder beizufügen, welche den Patient schon wesentlich gebessert darstellen. Man kann aber noch ganz deutlich die Verdrehung des Kopfes nach rechts erkennen. Von einer Neigung des Kopfes zur rechten Schulter, welche beim Eintritt ins Krankenhaus so stark war, dass er mit dem rechten Ohr die rechte Schulter berührte, sieht man fast gar nichts mehr.

Nach Erkenntnis der Tatsache, dass bei Bl. J. das psychische Moment die führende Rolle bei Entstehung der motorischen Störung spielte, war die Diagnose: „Psychogener Torticollis“ sicher. Diese wurde auch durch den therapeutischen Erfolg bestätigt.

Die Erziehung des Willens ist ja die erste therapeutische Indikation: sie will die passive Duldsamkeit gegen gewohnheitsmässig gewordene Vorgänge bekämpfen, die durch eine Willensanpassung wohltätig

beeinflusst werden könne. Es muss infolgedessen der Arzt hier als Erzieher auftreten. Diese pädagogische Methode hat die Hoffnungen, die man in sie setzte, voll und ganz gerechtfertigt. Glänzend waren die Erfolge: die Besserung ermöglicht nicht nur die Wiederaufnahme vorher ganz unmöglich gewordener Arbeitsleistungen, sie stellt auch das Selbstvertrauen wieder her und zugleich die Willenskraft bei Patienten, die sie für immer verloren zu haben schienen. Und so war es auch bei Bl. J. Die Besserung, so im Krankenhause München l. d. J. erreicht wurde, hielt, nachdem er auf eigenen Wunsch am 30. IV. entlassen wurde, nicht nur nicht an, sondern nahm unter der kräftigen und zielbewussten Behandlung des Herrn Dr. Rohrer in Ingolstadt solche Fortschritte, dass Ende Juni von dieser schweren Erkrankung so viel wie nichts mehr vorhanden ist. Nur wenn er sich einmal recht ärgern muss, dann verspürt er ein Ziehen im Nacken. Der Kopf steht in ganz normaler Haltung. Bl. J. geht täglich zum mindesten drei Stunden spazieren, trinkt viel Milch. Bier oder Schnaps hat er seit anfangs Dezember vorigen Jahres nicht mehr zu sich genommen. Das intensive geistige Arbeiten hat er aufgegeben und sucht er anderweitig viel Zerstreuung, meist im Freien. Unter diesen Umständen wird er jedenfalls wieder bald seine Arbeit in der Fabrik aufnehmen können. Er kann jedenfalls auch dort in einer Abteilung Beschäftigung finden, wo ihn kein Pulverstaub belästigt.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Professor Dr. Ritter von Bauer für die Uebernahme des Referats, sowie Herrn Dr. Kerschensteiner für die Ueberlassung des Falles meinen wärmsten Dank auszusprechen.

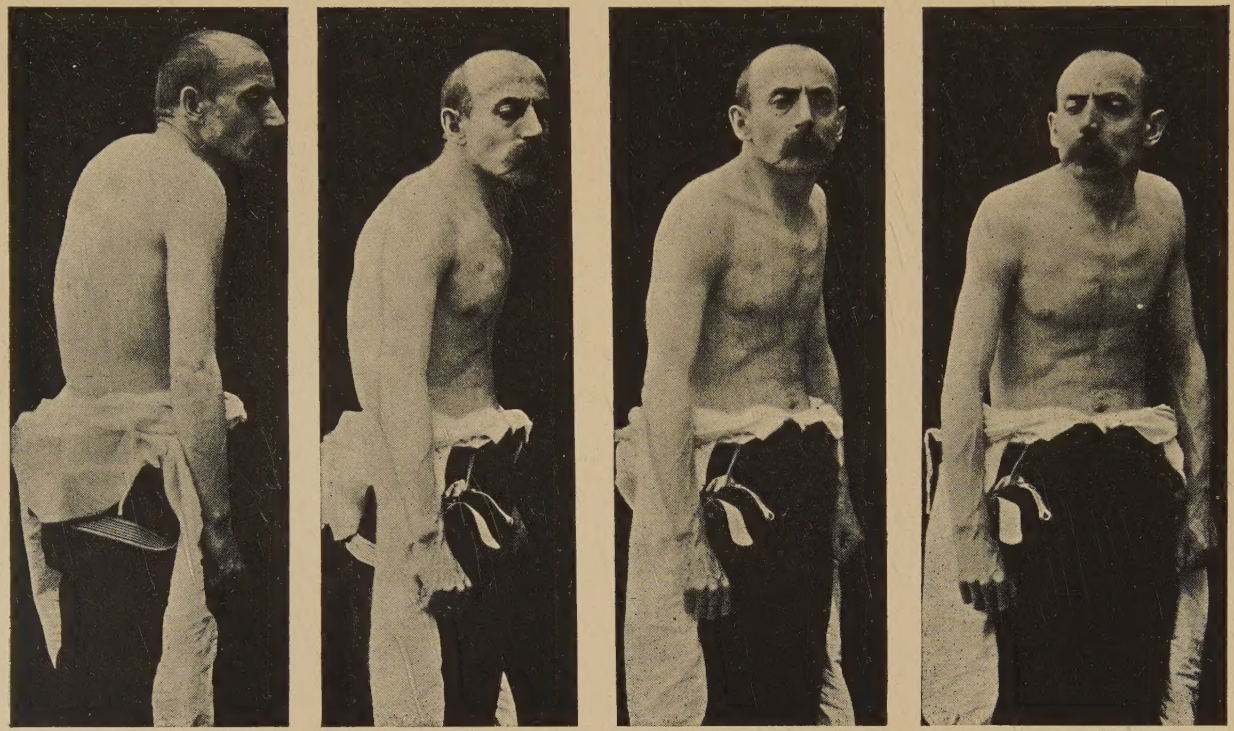
Literatur.

Dr. Henry Meige und Dr. E. Feindel: Der Tic, sein Wesen und seine Behandlung.

Brissaud: Tics et spasmes chroniques de la face.

Redard: Der Torticollis und seine Behandlung.

Lebenslauf.

Unterzeichneter ist am 19. Mai 1877 zu Waldkirchen (Niederbayern) geboren. Infolge Erkrankung dreier Geschwister an Scharlach, brachte seine Tante ihn zu ihrer Mutter auf Schloss Innernsee in Oberösterreich. Hier genoss er seine Erziehung und seine erste Schulbildung. Mit 10 Jahren kehrte er definitiv ins Vaterhaus zurück, besuchte noch ein Jahr die Volksschule in Waldkirchen und trat dann an die Lateinschule zu Landshut über. Hierauf kam er nach Passau und die letzten zwei Jahre nach Erlangen, wo er 1898 das Gymnasium absolvierte. Er besuchte dann die dortige Universität, wo er im Juli 1900 sein Tentamen physicum machte. Hierauf siedelte er nach München über, wo er bis zur Vollendung seiner medizinischen Approbationsprüfung, 17. V. 1904, verblieb

Anton Jlgmeier
approb. Arzt.